

مقایسه‌ی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک

معصومه فضلیان^۱، دکتر سید کمال صولتی^۲، دکتر محمد موسوی^۳، دکتر محمد قاسمی پیرلوپلی^۴

نویسنده‌ی مسئول: گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد masoomehfazlian@yahoo.com
دریافت: ۹۵/۵/۱۵ پذیرش: ۹۶/۴/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: لوپوس اریتماتوز سیستمیک، یک بیماری خودایمنی سیستمیک است و شیوع آن در ایران ۴۰ در صد هزار نفر برآورد شده است. تظاهرات روان‌شناختی علاوه بر تظاهرات بالینی در مبتلایان شایع است. هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی این بیماران بود.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون باگروه کنترل، ۴۵ بیمار مبتلا به لوپوس در شهرکرد با روش نمونه‌گیری در دسترس، بر اساس معیارهای کالج آمریکایی روماتولوژی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. سه گروه تحت مراقبت پزشکی معمول قرار گرفتند. گروه اول آزمایش، ۸ جلسه MBSR و گروه دوم ۸ جلسه CBT نیز دریافت کردند. طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی SF36، خودکارآمدی شرر و ایندکس فعالیت بیماری لوپوس تکمیل شد. آنالیز اطلاعات با نرم‌افزار SPSSv18 و آمار توصیفی و استنباطی «تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری» انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات فعالیت بیماری گروه‌ها در مراحل مختلف پژوهش تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ($P > 0/05$). میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران در هر دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل نشان داد و میانگین نمرات گروه MBSR نسبت به گروه CBT در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بیشتر بود. میانگین نمرات خودکارآمدی بیماران در هر دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش معنی‌داری نشان داد و میزان تاثیر آنها به یک اندازه بود.

نتیجه‌گیری: هرچند مداخلات روان‌شناختی از تاثیر چندانی روی فعالیت بیماری لوپوس برخوردار نبود، ولی مداخلات CBT و به خصوص MBSR منجر به بهبود پایدار کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران شدند.

واژگان کلیدی: لوپوس اریتماتوز سیستمیک، درمان شناختی- رفتاری، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد

۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد

۳- فوق تخصص روماتولوژی، استادیار گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد

۴- دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد

مقدمه

بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE: Systemic Lupus Erythematosus) یک بیماری التهابی خود ایمن با درگیری چند ارگان است. این بیماری اتیولوژی ناشناخته و تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی متفاوتی دارد، در نقاط مختلف کره زمین انتشار جغرافیایی وسیعی داشته و تفاوت‌های بسیاری در تظاهرات آن در بین گروه‌های مختلف نژادی و جغرافیایی مشاهده شده است (۱). شیوع SLE در ایران ۴۰ درصد هزار نفر برآورد شده است (۲). افراد از هر دو جنس، همی سنین و هر نژادی مستعد ابتلا به این بیماری هستند (۳).

معیار طبقه‌بندی بیماران لوپوس برای اهدافی از قبیل مطالعات کلینیکی، توسط انجمن روماتولوژی آمریکا تعریف شده است. این معیارها شامل ۱۱ مشخصه است که تظاهرات درگیری پوستی و مخاطی، آرتریت، سروزیت، اختلال کلیوی، اختلال نورولوژیک، اختلال خونی، اختلال ایمنی و تیتیر غیرطبیعی در آزمایش ANA را شامل می‌شود و حداقل ۴ معیار جهت دسته‌بندی بیماری به عنوان لوپوس لازم است (۴).

در این بیماری علاوه بر مشکلات جسمانی، تظاهرات روان‌شناختی نیز شایع هستند که سیستم عصبی را درگیر می‌کنند و باعث پیدایش اختلالات بالینی جدید و تغییر در پیش‌آگهی بیماری می‌گردند (۱). استرس‌های مزمن در طول زندگی این بیماران منجر به تاثیرات جسمی و روانی و متعاقب آن کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (۵). نشان داده شده که فعالیت بیماری لوپوس با کیفیت زندگی این بیماران مرتبط است (۶). ناتوانی بیماران در انجام امور روزمره زندگی موجب کاهش فعالیت بیمار و بروز مشکلات اجتماعی می‌گردد که نشان از ارتباط قوی بین وضعیت جسمی بیمار و عوامل استرس‌زا دارد (۱). در واقع، آسیب‌پذیری نسبت به استرس و اضطراب، از جمله فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده در بدتر شدن عملکرد روانی در این گروه از بیماران است (۶).

اگرچه علت بیماری لوپوس نامشخص است، ولی داشتن استعداد ژنتیکی و همچنین مواجهه با استرس‌های محیطی سیستم ایمنی و ساخت آنتی بادی‌ها را از تعادل خارج می‌کند و باعث بروز تظاهرات بالینی بیماری می‌شود. استرس روزانه باعث تشدید علائم بیماری SLE و بدتر شدن وضعیت بیماران لوپوس می‌شود. در مطالعات انجام شده، مبتلایان به لوپوس بر این باورند که استرس در شروع و تشدید بیماری آن‌ها نقش عمده ای داشته است (۷ و ۸). نتایج پژوهش‌های مختلف نیز مبین آن است که ذهن‌آگاهی می‌تواند بین استرس‌های عمومی و استرس ناشی از بیماری‌ها و پیامدهای مختلف آن میانجی‌گری کند و تا حدود زیادی از شدت این پیامدها بکاهد (۹ و ۱۰) و همچنین می‌تواند بین ویژگی‌های مثبت مانند عزت نفس و بهزیستی روان‌شناختی نقش یک متغیر میانجی را ایفا نماید (۱۱).

بنابراین درمان استرس و تظاهرات روان‌شناختی بیماران مبتلا به لوپوس از اهمیت خاصی برخوردار است. یکی از عواملی که می‌تواند در کاهش استرس و ارتقای سطح کیفیت زندگی موثر واقع شود، افزایش خودکارآمدی از طریق انجام مداخلات آموزشی است (۱۲). اگر کیفیت زندگی خودکارآمدی بیماران لوپوس مورد توجه قرار گیرد، تا حدود زیادی می‌تواند از بار عاطفی و روان‌شناختی بیماری بکاهد. درمان‌های روان‌شناختی در کاهش عوارض جسمی و روانی این بیماران مورد توجه قرار گرفته است. هرچند نتایج برخی از پژوهش‌ها، اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را بر روی وضعیت روانی این بیماران مورد تردید قرار می‌دهند (۱۳). ولی نتایج تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد که ارائه‌ی مداخلات روان‌شناختی مانند برنامه مدیریت استرس، برنامه روانی-اجتماعی و روان درمانی گروهی در کاهش استرس و درد و بهبود عملکرد روانی و جسمی، اعتماد به نفس بیماران لوپوس موثر است (۱۴-۱۶). یکی از مداخلاتی که در درمان بسیاری از اختلالات روانی و یا حداقل در کاهش استرس و علائم

روان‌شناختی شدید بیماران پزشکی از قبیل لوپوس می‌تواند تاثیر بگذارد، درمان‌های شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy (CBT هستند (۶). در این شیوه باورها و نگرش‌های ناکارآمد افراد نسبت به خود، دنیا و آینده از طریق تکنیک‌های شناختی بازسازی و اصلاح می‌شود (۱۷). در یک پژوهش، ۹۲ بیمار SLE در یکی از سه گروه درمان شناختی- رفتاری توام با بیوفیدبک، مداخله علامت انگاری حمایتی و مراقبت معمول پزشکی گمارده شدند که تفاوت معناداری در علائم درد و اختلالات روان‌شناختی گروه درمان شناختی- رفتاری توام با بیوفیدبک نسبت به دو گروه دیگر دیده شد (۱۸). در مطالعه‌ی دیگر، تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران لوپوس مورد تاکید قرار گرفته است (۵). برخی مطالعات هم درمان شناختی رفتاری را بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران بی‌اثر می‌دانند (۱۳). طی دو دهه‌ی اخیر مداخلات موسوم به نسل سوم رفتاردرمانی نیز شکل گرفت. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR=mindfulness based reduction stress) نخستین شیوه‌ی روان‌درمانی موج سوم است که به نوعی مخرج مشترک اغلب این شیوه‌های نوین به حساب می‌آید (۲۰ و ۱۹). کابات زین اولین بار از MBSR برای کاهش استرس و مقابله با درد مزمن ناشی از بیماری‌های شدید جسمانی استفاده کرد (۲۱).

از آنجا که اختلالات روان شناختی در بیماران مبتلا به لوپوس شایع است و کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بررسی اثربخشی درمان‌های روان شناختی جهت مدیریت اینگونه اختلالات و بهبود علائم روانی و ارتقای کیفیت زندگی آنها ضروری می‌باشد. یافتن روش درمان موثر، کوتاه مدت، ارزان و در دسترس از اهمیت خاصی برخوردار است. روش‌های MBSR و CBT دو روش روان شناختی هستند که در این بیماران کاربرد دارند. اگرچه CBT روش درمان

شناختی ارجح این اختلالات است اما آثار پیشگیرانه آن مورد تردید می‌باشد. از طرفی بررسی متون نشان داد پژوهش قبلی در زمینه‌ی مقایسه اثرات درمان شناختی- رفتاری و MBSR بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به لوپوس وجود ندارد؛ لذا پژوهش حاضر به این موضوع می‌پردازد که آیا تفاوتی بین اثربخشی برنامه درمان شناختی- رفتاری و MBSR بر میزان فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به لوپوس وجود دارد؟ در واقع تاثیر هر روش به صورت جداگانه بر روی بهبود پارامترهای فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران لوپوس بررسی می‌گردد و نهایتاً میزان اثر این دو روش با هم مقایسه می‌گردد تا روش موثرتر معرفی گردد. امید است یافته‌های این پژوهش به کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک کمک کند.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی بیماران سرپایی مبتلا به SLE تشکیل دادند، که در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۳ به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی روماتولوژی امام علی (ع) شهرکرد مراجعه کرده بودند. بیماران به صورت نمونه‌گیری آسان و با تشخیص و مصاحبه بالینی متخصصین روماتولوژی و بر اساس معیارهای کالج آمریکایی روماتولوژی (داشتن حداقل ۴ ملاک از ملاک‌های SLE) وارد مطالعه شدند (۴). داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود. سابقه‌ی مصرف داروهای روان پزشکی، سابقه‌ی دریافت درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته، غیبت در بیش دو جلسه آموزشی و افزایش شدت علائم و بروز اختلال عملکرد بیمار ملاک‌های خروج از مطالعه بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل

۴۸۰۰ نمونه مطالعه شده است، به طوری که ثبات درونی (آلفای کرونباخ) پرسشنامه بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ در دیگر کشورها و بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ در ایران گزارش شده است. منتظری و همکاران پایایی این پرسشنامه را در ابعاد مختلف از ۰/۷ تا ۰/۹ ارزیابی کردند (۲۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و برای زیر مقیاس سلامت عمومی ۰/۶۶ تا کارکرد جسمی ۰/۸۷ به دست آمد

پرسشنامه خودکارآمدی شرر: این پرسشنامه توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و دارای ۲۳ ماده است که ۱۷ ماده آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۷ ماده‌ای استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی عقاید فردی، توانایی فرد برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند و بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. این مقیاس در ایران بررسی شد و مشخص گردید که دارای «روایی» و «اعتبار» قابل قبول می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۳ به دست آمد (۲۶). در پژوهش حاضر نیز، پایایی پرسشنامه بر روی یک گروه مقدماتی بررسی و به‌روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

شاخص فعالیت بیماری SLE: معیار بررسی فعالیت بیماری SLE، پرسشنامه SLEDAI-2k می‌باشد. این شاخص شامل ۲۴ آیت با مقادیر از پیش تعیین شده می‌باشد. نمره‌دهی این شاخص می‌تواند از صفر (بدون فعالیت) تا ۱۰۵ (حداکثر فعالیت) باشد. این امتیاز توسط پزشک معالج اندازه‌گیری می‌شود و وجود علائم بر اساس مقیاس اصلاح شده علائم سوماتیک ارزیابی می‌گردد که به ۸ زیرمقیاس طبقه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه توسط دانشگاه تورنتو کانادا تایید شده و روایی و پایایی و اعتبار آن در مطالعات قبلی نیز به تایید رسیده است (۲۷).

۴۵ بیمار مبتلا به SLE بودند که به سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه مداخله (CBT, MBSR) و یک گروه کنترل) تقسیم شدند و همتاسازی بین سه گروه از لحاظ سن، جنس و سطح تحصیلات انجام شد. در طی پژوهش، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری از هر یک از گروه‌های MBSR و CBT دو نفر و از گروه کنترل یک نفر از جریان پژوهش کنار رفتند.

کد اخلاق به شماره REC.SKUMS.IR.1394.161 از کمیته اخلاق دانشگاه و کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT201412018253N3 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران دریافت گردید. هر سه گروه تحت درمان معمول پزشکی قرار گرفتند علاوه بر این گروه اول تجربی تحت درمان شناختی- رفتاری به مدت ۸ جلسه و گروه دوم تجربی تحت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه قرار گرفتند. آزمون‌ها مطالعه قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از آخرین مداخلات (مرحله پیگیری) روی هر سه گروه توسط روان شناس اجرا شد.

پروتکل درمان شناختی- رفتاری بر اساس پروتکل پیشنهادی More و Garland (۲۲) و پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل پیشنهادی کابات زین (۲۰) و بیر (۲۳) تنظیم و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی هفتگی برای دو گروه مداخله ارائه گردید (۲۴) (مطابق جداول ۱ و ۲). ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق سه پرسشنامه به شرح زیر بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF36: این پرسشنامه مشهورترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است و دارای ۳۶ سؤال است که از هشت مقیاس کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی تشکیل شده است، که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. پایایی و روایی این پرسشنامه بر روی

جدول ۱: پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای آموزشی
۱	در این جلسه در رابطه با اهداف درمان شناختی - رفتاری توسط درمان‌گر توضیح داده شد، سپس بیماران خود را معرفی کرده و ناراحتی فعلی و تاریخچه بیماری خود را مطرح کردند. همچنین تشریک مساعی با بیماران در تعیین اهداف درمانی، ارائه منطق درمان با مثال‌های عینی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج‌ها برای مداخله و توافق بر سر تکالیف خانگی برای جلسه بعدی مورد بررسی قرار گرفت.
۲	مرور و بازخورد جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی و ارزیابی نتایج آن در بیمار، صورت‌بندی مشکلات کلی بیمار در قالب مدل شناختی افسردگی به طور اعم و مشکل آماجی فعلی در قالب آن بطور اخص، مثلث شناختی افسردگی در استراتژی‌های درمانی و تاکید بر مقابله با اجتناب‌های شناختی و رفتاری، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی در خصوص بیماری لوپوس و نقش آنها در خلق و رفتار و ارائه برگه ثبت افکار نا کارآمد، جمع‌بندی مطالب جلسه، بازخورد از بیماران و ارائه تکالیف خانگی.
۳	مرور و ارزیابی جلسه قبل و تکالیف خانگی بیمار، ادامه کار با افکار خودآیند در مورد بیماری لوپوس و تاثیراتی که روی افکار و عواطف او گذاشته است، بررسی برگه‌های ثبت افکار نا کارآمد، شناسایی عقاید و باورهای زیربنایی، جمع‌بندی مطالب، بازخوردهای بیماران و ارائه تکالیف منزل در خصوص مقابله با اجتناب‌های اجتماعی، شناختی-هیجانی و تقویت عزت نفس.
۴	مرور و ارزیابی بازخوردها و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، آشنا شدن بیماران با مدل ABCD و اصول آن (A: حوادثی که اتفاق افتاده است)، (B: عقاید نسبت به آن حادثه)، (C: پیامدهای این شیوه فکر کردن)، (D: بحث کردن با عقاید غیر منطقی)، جمع‌بندی جلسه، بازخورد بیمار و تعیین تکالیف خانگی با استفاده از جداول فعالیت‌ها، ثبت افکار نا کارآمد و آزمایش فرصت‌های نا کارآمد در موقعیت‌های واقعی زندگی.
۵	مرور حوادث از جلسه قبل، بازبینی تکالیف خانگی و کاستی‌ها و موفقیت‌ها، توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، ارزیابی و بررسی پیکان رو به پایین بیمار در موقعیت‌های واقعی زندگی، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت فعال‌سازی بیشتر و تکنیک‌های افزایش مهارت‌های اجتماعی (با توجه به اینکه علایم این بیماری محدودیت‌های ارتباطی زیادی برای بیمار ایجاد کرده است)، جمع‌بندی مطالب جلسه، بازخوردها و تشریک مساعی در تعیین تکلیف منزل.
۶	ارزیابی، بازخوردها و بررسی تکالیف خانگی بیمار از جلسه قبل، بسته به مشکلات خاص مطرح شده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری استفاده گردید، نظیر جرات‌آموزی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش حل مسئله. اصلاح باورهای زیربنایی و ایجاد انعطاف‌پذیری فکری بیمار در موقعیت‌های واقعی با استفاده از استعاره‌ها و مورد سؤال قرار دادن باورهای غیرمنطقی به روش سقراطی، تغییر باورهای شرطی از طریق تجارب رفتاری که با تشریک مساعی بیماران تعیین و بایستی آزمایش شده و نتایج آن توسط بیمار یادداشت گردد. جمع‌بندی مطالب جلسه، بازخوردها، ارائه تکالیف خانگی با توجه به شرایط و موقعیت بیمار و انجام آزمایش‌های رفتاری.
۷	ارزیابی، بازخوردها و بررسی تکالیف خانگی بیماران از جلسه قبل، شناسایی بیشتر باورهای غیر شرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق آزمایش شواهد ضد باورهای شرطی، زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی، درجه‌بندی باورهای منفی به جای نگاه سفید و سیاه به آنها روی یک مقیاس ۰-۱۰۰ و تعیین جایگاه خود روی آنها، کمک به بیمار تا اطلاعات موجود که با افکار مثبت هماهنگ است، پردازش کند، جمع‌بندی مطالب جلسه، بازخوردها، ارائه تکالیف خانگی متناسب با موقعیت و با توجه به محتوای جلسه و ایجاد آمادگی برای خاتمه دادن درمان.
۸	ارزیابی، بازخوردها و بررسی تکالیف خانگی بیمار و توافق بر سر دستور کار جلسه و تنظیم برنامه و اهداف جلسه، ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق: توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین و تعیین جایگاه خود روی مقیاس درجه‌بندی عزت نفس، جمع‌آوری شواهد برای باورهای سازگاران، ایجاد آمادگی برای به کارگیری روش‌های آموخته شده در شرایط زندگی آینده، جمع‌بندی جلسه و گرفتن بازخورد کلی از بیماران، ایجاد سازگاری برای مقابله با برگشت‌های احتمالی.

جدول ۲. محتوای آموزشی جلسات ۸ گانه‌ای MBSR (۲۶)

جلسه	محتوای آموزشی
۱	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحاتی در مورد درد، لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، ارائه توضیحاتی پیرامون سیستم هدایت خودکار.
۲	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن، تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس.
۳	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای.
۴	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین پنج دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، تمرین مجدد ذهن‌آگاهی تنفس و واریسی بدن.
۵	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار)، توضیحاتی پیرامون استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوش‌آیند و ناخوش‌آیند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی.
۶	مرور تکلیف هفته گذشته، یوگای هشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار).
۷	مرور تکلیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسات قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
۸	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه‌ی تمرینات

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۷/۱۶ سال با انحراف استاندارد ۸/۶۵ بود. ۳۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۲/۲ درصد زیر دیپلم، ۱۷/۸ درصد لیسانس و ۱۱/۱ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه به تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در مرحله‌ی پیش‌آزمون، میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل اختلاف بسیار اندکی با یکدیگر داشته‌اند، ولی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین

پس از اخذ نمونه‌های خون بلافاصله آزمایشات زیر به‌طور روتین با استفاده از تکنیک‌های استاندارد انجام گرفت: شمارش کامل سلول‌های خونی، سرعت رسوب گلوبول‌های قرمز، پروتئین واکنشی C، گلوکز، تست‌های عملکردی کبد و کلیه، پروفایل چربی، تست‌های انعقادی، اجزا کمپلمان C3 و C4، آنتی بادی‌های ضد هسته‌ای، آنتی nDNA، نشانگرهای فعالیت بیشتر بیماری هستند. تمام متغیرها قبل از شروع مداخله و سه ماه پس از آن توسط پزشک معالج ارزیابی و مورد مقایسه قرار گرفتند نهایتاً تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به اهداف و ماهیت تحقیق به کمک نرم‌افزار SPSSv18 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی «تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری» انجام شد.

نمرات گروه‌ها تفاوت به وجود آمده است که در ادامه این تفاوت‌ها در سه مرحله با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی یک عامل، با یکدیگر مقایسه می‌شوند.

جدول ۳. نمرات فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی آزمودنی‌ها در مراحل مختلف مطالعه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری ۳ ماهه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فعالیت بیماری	MBSR	۱۱/۱۶	۴/۳۸	۱۰/۹۱	۴/۰۷	۱۰/۲۵	۴/۳۷
	CBT	۱۳/۷۶	۳/۵۶	۱۳/۴۶	۳/۹۲	۱۲/۹۲	۳/۲۲
	کنترل	۹/۸۵	۳/۲۷	۱۰/۳۵	۳/۹۳	۱۰/۰۷	۴/۱۲
کیفیت زندگی	MBSR	۵۸/۵۳	۷/۵۲	۶۹/۵۳	۶/۳۹	۶۸/۰۷	۶/۵۳
	CBT	۵۷/۰۰	۷/۰۰	۶۱/۴۶	۸/۱۳	۶۰/۳۸	۷/۵۵
	کنترل	۵۴/۷۸	۶/۹۹	۵۵/۲۱	۷/۲۹	۵۴/۷۸	۷/۳۵
خودکارآمدی	MBSR	۶۳/۰۷	۹/۷۶	۷۷/۳۰	۶/۲۵	۷۵/۳۸	۶/۱۱
	CBT	۶۲/۱۵	۱۱/۸۳	۷۶/۰۷	۶/۸۸	۷۵/۳۸	۷/۵۹
	کنترل	۶۲/۷۸	۱۱/۵۴	۶۲/۷۱	۱۰/۰۱	۶۲/۷۸	۸/۴۸

نتایج آزمون ام‌باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات مربوط به فعالیت بیماری به صورت $(Box's M=21/78, F=1/59, P=0/086)$ ، کیفیت زندگی به صورت $(Box's M=9/90, F=0/727, P=0/726)$ و برای خودکارآمدی به صورت $(F=2/17, P=0/055)$ ، $(Box's M=23/43)$ به دست آمد که چون سطح معناداری هر سه از ۰/۰۵ بیشتر بود، لذا ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر بوده و کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است. جدول ۴ زمان اندازه‌گیری و تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه را برای فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی نشان می‌دهد با توجه به سطح معنی‌داری و اعداد F به دست آمده میانگین نمرات فعالیت بیماری گروه‌ها در مراحل مختلف پژوهش تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند. در خصوص کیفیت زندگی و خودکارآمدی میانگین نمرات گروه‌های پژوهش در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند. نتایج آزمون لوین جهت بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان

اندازه‌گیری نمرات فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در سه مرحله مطالعه بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد بنابراین شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس بین‌آزمودنی استفاده کرد. میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند. ضریب اتا به دست آمده نیز برابر با ۰/۲۹۲ است. همچنین مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی گروه‌های آزمایش و کنترل نیز تفاوت معناداری را با یکدیگر نشان داد و ضریب اتا ۰/۲۴۷ به دست آمد. بنابراین هر دو روش مداخله MBSR و CBT بر روی بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران لوبوس تاثیر پایدار داشته‌اند. برای مقایسه دو روش مداخله با یکدیگر نیز از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد (جدول ۵). نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مرحله‌ی پیش‌آزمون بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشته است $(P \leq 0/01)$. ولی در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات سه گروه تفاوت معنادار به وجود آمده است. هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله

گروه MBSR و هم گروه CBT به صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. در عین حال، بین میانگین نمرات گروه‌های MBSR و CBT تفاوت معناداری وجود نداشت. در مرحله‌ی پیگیری نیز میانگین نمرات هر دو گروه MBSR و CBT به صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. در عین حال بین میانگین نمرات دو گروه MBSR و CBT تفاوت معناداری وجود نداشته است. بنابراین ارائه هر دو روش درمان هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری ۳ ماهه بر بهبود میانگین نمرات خودکارآمدی بیماران لوپوس موثر و میزان تاثیر آنها به یک اندازه بوده است.

ی پیگیری میانگین نمرات گروه MBSR از گروه CBT و از گروه کنترل بالاتر و میانگین نمرات گروه CBT نیز از گروه کنترل بالاتر بود. لذا ارائه‌ی هر دو روش درمانی بر بهبود میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده است. اعداد P به دست آمده نشان می‌دهد ارائه درمان MBSR نسبت به CBT در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه روی بهبود میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران لوپوس موثرتر بوده است. در خصوص متغیر خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین نمرات سه گروه تفاوت معناداری دیده نشد ($P \leq 0/01$). ولی در مرحله پس‌آزمون هم میانگین نمرات

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات درون و بین‌آزمودنی مربوط به فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی

منبع	درجه آزادی	مقدار F	P value
اثرات درون‌آزمودنی	زمان اندازه‌گیری	۲	۰/۷۹۶
	فعالیت بیماری	زمان * گروه	۴
	خطا	۷۴	۰/۴۶۸
کیفیت زندگی	زمان اندازه‌گیری	۲	۰/۰۰۱**
	زمان * گروه	۴	۰/۰۰۱**
	خطا	۷۴	
خودکارآمدی	زمان اندازه‌گیری	۲	۰/۰۰۱**
	زمان * گروه	۴	۰/۰۰۱**
	خطا	۷۴	
اثرات بین‌آزمودنی	مقدار ثابت	۱	۰/۰۰۱
	فعالیت بیماری	گروه	۲
	خطا	۳۶	۰/۰۸۰
کیفیت زندگی	مقدار ثابت	۱	۰/۰۰۱**
	گروه	۲	۰/۰۰۲**
	خطا	۳۷	
خودکارآمدی	مقدار ثابت	۱	۰/۰۰۱**
	گروه	۲	۰/۰۰۵**
	خطا	۳۷	

** ۰/۰۱ ≤ P

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه زوجی میانگین نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی

مرحله اندازه گیری	مقایسه زوجی	اختلاف میانگین	P value
کیفیت زندگی	پیش آزمون	MBSR	۰/۷۷۴
	کنترل	CBT	۰/۴۹۰
	کنترل	CBT	۰/۸۸۸
پس آزمون	MBSR	CBT	*۰/۰۲۵
	کنترل	CBT	**۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	*۰/۰۳۹
مرحله پیگیری	MBSR	CBT	*۰/۰۳۳
	کنترل	CBT	**۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	*۰/۰۴۹
خودکارآمدی	پیش آزمون	MBSR	۰/۸۹۹
	کنترل	CBT	۰/۸۸۳
	کنترل	CBT	۰/۸۸۹
پس آزمون	MBSR	CBT	۰/۹۱۱
	کنترل	CBT	**۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	**۰/۰۰۱
مرحله پیگیری	MBSR	CBT	۰/۸۵۶
	کنترل	CBT	**۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	**۰/۰۰۱

** $P \leq 0.01$, * $P \leq 0.05$

بحث

میانگین نمرات فعالیت بیماری در بیماران مبتلا به لوپوس در این مطالعه در مراحل مختلف تفاوت معناداری ندارد. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی اعم از MBSR و CBT روی تعدیل فعالیت بیماری شرکت کنندگان تأثیری نداشته است. این یافته با نتیجه پژوهش‌های Navvarate همسویی دارد (۵). حتی برخی پژوهش‌ها، درباره‌ی اینکه مداخلات روانشناختی بر روی عوامل و پیامدهای روانی ناشی از بیماری لوپوس تأثیر بگذارند، دچار تردید هستند (۱۳). بنابراین باتوجه به نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه به

نظر می‌رسد روش‌های مداخله روانشناختی تأثیر چندانی بر روی فعالیت بیماری ندارند.

ولی میانگین نمرات مربوط به کیفیت زندگی در سه مرحله مطالعه تفاوت پیدا کرد، این تفاوت در اثرات بین گروهی نیز مشاهده شد. ضریب اتا به دست آمده نیز بیانگر آن است که بیش از ۲۹ درصد از تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات گروه‌های مختلف به دلیل مداخلات (ارائه آموزش) بوده است. در مرحله‌ی پس‌آزمون، ارائه‌ی مداخلات روانشناختی اعم از برنامه MBSR و CBT در مقایسه با گروه کنترل موجب ارتقای میانگین نمرات کیفیت زندگی شده است. مقایسه زوجی

MBSR نسبت به ارائه CBT روی افزایش کیفیت زندگی بیماران لوپوس موثرتر بوده است. این یافته، با نتایج اغلب پژوهش‌هایی که در جهت مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی با مداخلات شناختی-رفتاری به خصوص در مطالعات پیگیری انجام شده است همسویی دارد (۲۱).

این موضوع تایید شده است که مداخلات ذهن‌آگاهی و مداخلات شناختی-رفتاری می‌توانند تاثیر خود را در زمان‌های طولانی حفظ کنند. بنابراین، طبیعی به نظر می‌رسد که مداخلات ذهن‌آگاهی در مرحله پیگیری همچنان بر بهبود کیفیت زندگی بیماران حتی بیشتر از درمان شناختی-رفتاری تاثیر بگذارند. از جمله در یک مطالعه مشخص شد که برنامه MBSR برای خود نظم‌بخشی درد مزمن، موثر است (۱۹).

در مورد متغیر خودکارآمدی هر دو روش مورد مطالعه تاثیر معنی داری بر نمرات خودکارآمدی بیماران نشان دادند و تفاوتی در میزان اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی (یعنی روش MBSR) نسبت به مداخلات شناختی-رفتاری مشاهده نشد. همچنین بررسی نمرات مرحله پیگیری حاکی از پایدار بودن درمان انجام شده، بود. این یافته با پیشینه پژوهشی تا حدود زیادی همسویی دارد. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که مداخلات شناختی-رفتاری به اندازه‌ی کافی توان تاثیر بر روی متغیرهای شناختی و از جمله خودکارآمدی را دارند. به دلیل مکانیزم بسیار قوی مداخلات شناختی-رفتاری که طی آن بر روی حلقه‌های شناختی و مارپیچ‌های روبه پایین متمرکز می‌شوند می‌توانند بر روی متغیرهای شناختی تاثیر بگذارند (۱۷). بخش عمده‌ای از پژوهش‌های انجام شده پیرامون مداخلات روان‌شناختی در بیماران لوپوس بر روی کیفیت زندگی و به خصوص اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری اختصاص یافته است. به طوری که اغلب این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این گونه مداخلات به دلیل این‌که بر روی اضطراب و استرس ناشی از بیماری تاثیر می‌گذارند همچنین چون باورها و ادراک خودکارآمدی فرد را تحت تاثیر مثبت

نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه MBSR نسبت به گروه CBT بالاتر بوده است. به عبارت دیگر، MBSR در مقایسه با CBT تاثیر بیشتری روی افزایش میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران داشته است. این یافته‌ها با نتایج بسیاری از پژوهش‌های مقایسه‌ای، همسویی دارد. در واقع، اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هم مداخلات شناختی-رفتاری (نسل دوم رفتاردرمانی) و هم مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (نسل سوم رفتار درمانی) بر روی کاهش و تعدیل بسیاری از مشکلات جسمانی و روان‌شناختی موثر هستند (۲۸ و ۶). به نظر می‌رسد MBSR به دلیل ساختار منعطف خود در مقایسه با روش‌های شناختی-رفتاری از توانایی بیشتری برای تاثیر بر روی متغیرهای فیزیولوژیکی و عاطفی و به خصوص موضوعاتی مثل کیفیت زندگی که کل جنبه‌های روان‌شناختی، عاطفی و فیزیولوژیکی فرد را در بر می‌گیرد، برخوردار است (۲۹). برنامه‌ی MBSR به دلیل اینکه عمدتاً بحث بودن در زمان حال و پذیرش را در دستور کار خود قرار می‌دهد، نسبت به مداخلات شناختی-رفتاری تاثیر عمیق‌تری بر روی کیفیت زندگی کلی و متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی افراد به جای می‌گذارد (۳۰).

همچنین تفاوت میزان تاثیر این دو روش می‌تواند به دلیل تفاوت مکانیزم اثر آنها باشد به‌طوری‌که معمولاً CBT با کاربرد روش‌هایی مانند تفکر سقراطی و به چالش کشیدن افکار و نگرش‌های ناکارآمد، موجب تضعیف و جایگزینی نگرش‌های ناکارآمد و افکار منفی می‌شود (۱۷). در حالی که مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی و از جمله برنامه MBSR از طریق افزایش ظرفیت‌های پذیرش افکار و عواطف، تعدیل و کاهش افکار منفی و ناکارآمد، و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی و سایر شاخص‌های بهزیستی و سلامت روان‌شناختی را به دنبال دارند (۳۲ و ۳۱). در مطالعه‌ی حاضر در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات کیفیت زندگی هر دو گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود و مشخص شد ارائه مداخلات

قرار می‌دهند، می‌توانند در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی این گونه بیماران شوند (۵ و ۱۶). در عین حال، تعدادی از این مطالعات بیان کرده‌اند که مداخلات روان‌شناختی و از جمله درمان شناختی-رفتاری تاثیر چندانی بر روی سازگاری زنان مبتلا به لوپوس بیماری نداشته است (۱۳). با این حال با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد که اگر برنامه‌های مداخله روان‌شناختی بر روی اضطراب و استرس این‌گونه بیماران متمرکز شوند، از توانایی لازم برای تغییر شرایط روان‌شناختی بیماران برخوردارند (۶ و ۲۱).

با توجه به این‌که بیماران لوپوس شرکت کننده در پژوهش صرفاً زن بودند، لذا تعمیم نتایج به کل بیماران مبتلا به لوپوس و به خصوص بیماران لوپوس مرد با احتیاط باید صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخلات بر روی بیماران لوپوس مرد و با مرحله پیگیری بلند مدت‌تر بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد استفاده از روش‌های درمانی MBSR و CBT می‌تواند باعث بهبود کیفیت

زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به لوپوس شود. همچنین پیگیری بیماران پس از گذشت سه ماه مشخص کرد اثرات درمان انجام شده همچنان وجود دارد، بنابراین روش‌های درمانی استفاده شده، اثرات مثبت پایداری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارند. ولی انجام این مداخلات بر روی فعالیت بیماران مبتلا تاثیر چندانی نداشت. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر به روان پزشکان خاطر نشان می‌کند که باید به دنبال روش‌های نوین بالاختص MBSR در درمان مشکلات مرتبط با روان و مفاهیم مرتبط با آن باشد و بکارگیری روش‌هایی مانند MBSR و CBT می‌تواند نتایج مطلوبی در ارتقای فاکتورهای مرتبط با بهداشت روان افراد مبتلا به لوپوس، کیفیت زندگی و خودکارآمدی آنها به همراه داشته و منجر به تسریع و تسهیل روند درمان و کاهش تعداد دفعات مراجعه به پزشک، صرفه جویی اقتصادی گردد. به‌علت دارا بودن فرهنگ متفاوت در مناطق مختلف کشور، نتایج این تحقیق صرفاً برای استان چهارمحال و بختیاری می‌باشد و تعمیم آن به دیگر شهرهای کشور بایستی با احتیاط صورت گیرد.

References

- 1- Lau CS, Yin G, Mok MY. Ethnic and geographical differences in systemic lupus erythematosus: an overview. *Lupus*. 2006; 15: 715-9.
- 2- Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, et al. WHO-ILAR COPCORD Study (stage 1, Urban Study) in Iran. *J Rheumatol*. 2008; 35: 1384-90.
- 3- Hahn BH, Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Systemic lupus erythematosus. *Harrison's principles of internal medicine*. 18th ed. New York: McGraw Hill; 2012: pp: 319, 6-30.
- 4- Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1997; 40: 1725-25.
- 5- Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI, Sabio-Sánchez JM, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2010; 79: 107-15.
- 6- Neissiani Habib Abadi F, Neshat Doost HT, Molavi H, Seied-Bonakdar Z. The efficacy of

- cognitive-behavioral stress management therapy on perceived stress of female patients with systemic lupus erythematosus. *J Res Behav Sci*. 2011; 9: 222-8.
- 7- Miranda JM, Prieto RE, Paniagua R, et al. Clinical significance of serum and urine prolactin level in lupus glomerulonephritis. *Lupus*. 1998; 7: 387-91.
8. Cutolo M, Prete C, Walker J. Is stress a factor in the pathogenesis of autoimmune rheumatic diseases? *Clin Exp Rheumatol*. 1999; 17: 515-8.
- 9- Arch JA, Craske MG. Laboratory stressors in clinically anxious and nonanxious individual: the moderating role of mindfulness. *Behav Res Ther*. 2010; 48: 495-505.
10. Jafskesh Moghadam A, Shahabizadeh F, Bahrainian A. Comparative effectiveness of mindfulness-based psychotherapy versus acceptance or commitment therapy on stress level in dialysis patients. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2016; 24: 84-93.
- 11- Bajaj B, Gupta R, Pande N. Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. *Person Indiv Diff*. 2016; 94: 96-100.
- 12- Haugland T, Veenstra M, Vatn MH, Wahl AK. Improvement in stress, general self-efficacy, and health related quality of life following patient education for patients with neuroendocrine tumors: A pilot study. *Nurs Res Pract*. 2013; 2013: 695820.
- 13- Dobkin PL, Da Costa D, Joseph L, et al. Counterbalancing patient demands with evidence: results from a pan-Canadian randomized clinical trial of brief supportive-expressive group psychotherapy for women with systemic lupus erythematosus. *Ann Behav Med*. 2002; 24: 88-99.
- 14- Edworthy SM, Dobkin PL, Clarke AE, et al. Group psychotherapy reduces illness intrusiveness in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2003; 30: 1011-6.
- 15- Neg P, Chan W. Group psychosocial program for enhancing psychological well-being of people with systemic lupus erythematosus. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2007; 6: 75-87.
- 16- Drenkard C. Benefits of a self-management program in low-income African-American women with systemic lupus erythematosus: results of a pilot test. *Lupus*. 2012; 21: 1586-93.
- 17- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
- 18- Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Effects of a stress-reduction program on psychological function, pain and physical function of systemic lupus erythematosus patients. *Arthritis Rheum*. 2004; 51: 625-34.
- 19- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*. 1988; 8: 163-90.
- 20- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. 5th ed. New York: Dell Publishing; 2005: p 121-45.

- 21- Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp psychiatry*. 1982; 4: 33-47.
- 22- Moore RG, Garland A. Cognitive therapy for chronic and persistent depression. John Wiley & Sons; 2004.
- 23- Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications. New York: Academic Press is an imprint of Elsevier; 2014.
- 24- Chaskalson M. The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR: John Wiley & Sons; 2011.
- 25- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14: 875-82.
- 26- Asgharnejad T, Ahmadi dah Qutb al-Dini M, Farzad V, Khodapanahi M. Psychometric properties of the scherer self efficacy scale. *Psychology*. 2006; 10: 269-74.
27. Liang MH, Socher SA, Larson MG, Schur PH. Reliability and validity of six systems for the clinical assessment of disease activity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1989; 32: 1107-18.
- 28- Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiol Pain*. 2013; 4: 25-37.
- 29- Dobkin PL. Mindfulness based stress reduction: What processes are at work? *Complement Ther Clin Pract*. 2007; 14: 8-16.
- 30- Jalali D, Aghaei A. Mindfulness based cognitive behavioral stress management. 2nd ed. Tehran: Ebnesina, 2015; p: 65-78. [Persian]
- 31- Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CM. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77: 855-66.
- 32- Feldman G, Dunn E, Stemke C, Bell K, Greeson J. Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Person Indiv Diff*. 2014; 56: 154-8.

Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Based and Mindfulness-Based Stress Management Program on Activity, Quality of Life and Self-Efficiency of Patients with Systemic Lupus Erythematosus

Fazlian F¹, Solati SK², Mousavi M³, Ghasemi Pirbaloti M¹

¹Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran

²Dept. of Psychology, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

³Dept. of Rheumatology, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Corresponding Author: Fazlian F, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran.

E-mail: masoomehfazlian@yahoo.com

Received: 5 Aug 2016 **Accepted:** 3 Jul 2017

Background and Objective: Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease and its prevalence in Iran is estimated to be 40 in 100,000 people. The psychological manifestations are common in patients with clinical manifestations. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of MBRI and cognitive-behavioral therapy (CBT) on disease activity, quality of life and self-efficiency among these patients.

Materials and Methods: In this semi-experimental study, via a pre-test and post-test, 45 patients with lupus in Shahrekord were selected by available sampling method based on American College of Rheumatology criteria and were randomly divided into two experimental and one control groups. Three groups underwent the common medical care. The first group received 8 sessions of MBSR and the second group received 8 sessions of CBT. In the pre-test, post-test and 3-month follow-up, the SF36 quality of life questionnaire, Sherer's self-efficiency and lupus disease activity index were completed. Data were analyzed using the SPSS software and descriptive and inferential statistics (variance analysis with repeated measures) were similarly carried out.

Results: The mean scores of disease activity in different stages of the study did not differ significantly ($P < 0.05$). The mean scores of the quality of life in both methods of treatment in the post-test and follow up stage significantly increased compared to the control group and the mean scores of the MBSR group were higher than the CBT group in the post-test and follow-up stages. The mean scores of self-efficiency of patients in both treatment methods showed a significant increase in the post-test and follow-up stages and their effect was similar.

Conclusion: Although the psychological interventions did not have much effect on the lupus disease activity, the CBT interventions, especially MBSR, led to a steady improvement in the quality of life and self-efficiency of the patients.

Key words: Systemic lupus erythematosus, Cognitive-behavioral therapy, Mental stress reduction, Quality of life, Self-efficiency